

ONOMAZEIN 7 (2002): 117-144

LA INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ESCRUTINIO: UN ESTUDIO DE SOCIOLINGÜÍSTICA INTERACCIONAL

Marisa Cordella (PhD)

Monash University, Australia

Resumen

Este estudio investiga la comunicación médico-paciente incorporando una visión de sociolingüística interaccional que acoge las teorías de Gumperz y Goffman. Ambas teorías contribuyen al entendimiento de un evento institucional como una realización sociocultural ligada a reglas institucionales y sociales. El corpus proviene de un consultorio clínico de Santiago, Chile. Veintidós consultas médicas se grabaron en su ambiente natural entre médicos mujeres y hombres interactuando con pacientes de ambos sexos. El análisis sugiere que los médicos usan una serie de *voces* lingüísticas en la interacción médica. Cada *voz* se lleva a cabo a través de formas y estrategias discursivas que están vinculadas con una función particular. En este proceso, la consulta se presenta como el lugar ideal donde se puede obtener información de la salud del paciente (*voz Médica*), educar al paciente sobre la condición médica (*voz Educativa*) y crear empatía prestando atención a la identidad social del individuo que carece de buena salud (*voz Empática*). La conclusión enfatiza la importancia de usar las tres *voces* médicas en la consulta de modo de crear una interacción dinámica que permita al paciente desarrollar un discurso vinculado a la situación médica e identidad social.

Abstract

(This paper explores doctor-patient communication during the consultation by adopting the interactional sociolinguistic perspective, incorporating both Gumperz's 'socio-cultural background knowledge' and Goffman's 'interactional framework' approaches to understand the institutional alignments and social identity stances that are represented in the discourse. The data was collected in an outpatient clinic in Santiago, Chile. Twenty-two natural recorded consultations carried out by female and male patients visiting both sex doctors constitute the data set for this investigation. The analysis indicates that doctors use a set of voices when interacting with their patients in the medical consultation. Each voice is accomplished by using discourse forms and strategies within a framework of discourse functions. In this process, the consultation is a rich place to get information about patients' health

(Doctor voice), to make patients acquire knowledge about their condition (Educator voice) and to create a rapport with patients by using discourse markers and strategies aiming at paying attention to the social identity of the person who is unwell (Human Fellow voice). The concluding remarks highlight the importance of using these three medical voices in the consultation to facilitate a dynamic interaction allowing patients to explore their health and social identity.)

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente ha sido ampliamente estudiada siguiendo distintos enfoques con el fin de entender la comunicación que se desarrolla en la consulta médica. Los estudios médicos por lo general siguen un marco teórico sociológico cuyo énfasis primordial es lograr que el paciente se cure de su condición anómala de salud. Por otro lado, los lingüistas que estudian el discurso médico tienden a favorecer el análisis de las estrategias comunicativas que se emplean en el discurso, además de entender la diversidad de aspectos lingüísticos que interactúan a lo largo de la consulta.

El analista del discurso intenta, en el proceso de análisis, descubrir los aspectos lingüísticos que favorecen una buena comunicación, además de identificar las imperfecciones que aparecen en el discurso y proponer recomendaciones a seguir. Según Wodak:

“Diagnosis” first, interpretation and “therapy” to follow! (énfasis de Wodak, 1989: xiv) ‘Primero el diagnóstico, la interpretación y la terapia luego’.

Como sugieren Charon *et al.*, 1994, en el estudio de la relación médico-paciente se requiere de un enfoque sintético que tome en consideración tanto los estudios médicos y la componente sociológica de aquellos como las perspectivas lingüísticas de análisis e interpretación. De este modo se puede lograr entender la comunicación entre ambos participantes, mejorar la relación médico-paciente y a través de ella aumentar la posibilidad de que el paciente logre curarse (Buller y Buller, 1987; Burgoon *et al.*, 1991; Gerber, 1986; Gopinath *et al.*, 2000; Korsch *et al.*, 1968; Lieberman, 1996; Roter *et al.*, 1987; Stearns y Ross, 1993; Williams *et al.*, 1998).

En este estudio la microrrealidad de la consulta se interpreta como un reflejo de los acontecimientos sociales e institucionales (Cicourel, 1975, 1981; Cordella, 1999; Charon *et al.*, 1994; Fisher, 1995; Fisher y Todd, 1986; Wodak, 1989, 1996) cuya intertextualidad (Fairclough y Wodak, 1997) de espacio y tiempo identifica el evento lingüístico. Esto implica que el discurso de un evento no surge de la

nada, sino que existe en relación a otros discursos presentes en un determinado momento ya sea sincrónica o diacrónicamente. La relación que existe entre sociedad y discurso se manifiesta en las transformaciones continuas que se producen en los discursos provenientes de diferentes eventos lingüísticos.

De modo de incorporar esta visión discurso-analítica en la interpretación de los datos, este estudio utiliza el enfoque teórico de la sociolingüística interaccional. Este campo multidisciplinario de investigación combina la antropología, la sociología y la lingüística para entender e interpretar la relación entre cultura, sociedad y lengua. Gumperz (1982a, 1982b, 1999), desde la perspectiva lingüístico-co-antropológica, interpreta la lengua como un medio de interacción social donde ambos participantes utilizan las inferencias y el contexto para formar una interpretación del evento. Por otro lado, Goffman (1963, 1971, 1981), desde la perspectiva sociológica, interpreta la interacción como una ‘relación sintáctica’ (Goffman, 1967: 2) que se produce cuando dos o más individuos están en presencia física el uno del otro. De tal modo que en la relación médico-paciente ambos participantes juegan determinados roles en la consulta. Estos roles, sin embargo, no son estáticos sino que sufren cambios de acuerdo a la evolución de la interacción misma (Giddens, 1976, 1977, 1979, 1981, 1984, 1987). La posición del hablante en cada episodio lingüístico potencialmente puede transformarse (‘footing’ siguiendo la teoría de Goffman) dando lugar así a una interacción dinámica en la cual ambos participantes pueden cambiar de posición (‘alignment’ siguiendo la teoría de Goffman) en el evento.

Tomando en consideración el marco teórico ya descrito, este estudio tiene como objetivo:

1. Identificar las funciones discursivas que se presentan en el discurso médico.
2. Identificar las formas lingüísticas que constituyen el rol del médico.

La importancia de llevar a cabo un estudio de este tipo radica en el hecho de que la literatura hispana en este campo es escasa, por lo que existe la necesidad de desarrollar el conocimiento en esta área del análisis del discurso para dar un ‘diagnóstico’ del discurso y proponer un ‘tratamiento’ que mejore la relación médico-paciente. En contraste, la literatura en el mundo no hispano es vasta (Ainsworth-Vaughn, 1994, 1998; Bamberg, 1991; Byrne y Long, 1976; Coulthard y Ashby, 1975; Coulthard, 1976; Coupland y Coupland, 1994; Davis, 1988; Fisher y Groce, 1990; Hein y Wodak, 1987; Kess, 1984; Labov y Fanshel, 1977; Pauwels, 1995; Pomerantz, 1992; Rozholdova, 1999;

Seijo *et al.*, 1991; Thompson y Pledger, 1993; West, 1984, 1990; Wodak, 1996, entre tantos otros). Sin embargo, no podemos asumir que los patrones comunicativos prevalentes en la entremaña socio-cultural de distintos grupos lingüísticos se asemejen en su compleja totalidad. Es necesario deconstruir el discurso en castellano para descubrir cómo se lleva a cabo la interacción médico-paciente en grupos de habla hispana.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en una clínica de Santiago, Chile¹ durante los últimos tres meses del año 1997. Las consultas médicas fueron grabadas en su ambiente natural y 22 conversaciones se seleccionaron para el análisis. Las conversaciones entre médicos y pacientes fueron estudiadas en combinaciones (díadas) compuestas de: médico mujer/paciente mujer; médico mujer/paciente hombre; médico hombre/paciente hombre; médico hombre/paciente mujer.

Los pacientes se seleccionaron sobre la base del número de visitas que habían tenido con el mismo médico y de acuerdo a las características sociodemográficas más representativas de la clínica bajo estudio. Fueron excluidas las primeras consultas y excluidos los pacientes adolescentes. El 61,4% de las mujeres que visitaron la clínica tenían un promedio de edad entre 40-60 años y el 58% de los hombres pertenecían a la categoría de 50-60 años.

La edad promedio de los médicos mujeres y hombres difiere en más de 10 años de edad y esto coincide con los años de experiencia en la consulta médica. Todo tipo de interpretación en cuanto a la capacidad discursiva médica en relación al sexo del médico se debe por ende tomar con cautela (ver Cicourel 1995).

Las formas lingüísticas en el discurso médico se clasificarán tomando en consideración primero la función que tales formas cumplen en el discurso y luego se observarán las formas discursivas que se presentan en dichas funciones.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se ha observado que los médicos llevan a cabo tres funciones fundamentales en el discurso. Cada una de estas formas de expresión

¹ Siguiendo las recomendaciones éticas de la Universidad de Monash, Australia, el nombre de la clínica no se revela para mantener la mayor confidencialidad en el estudio.

asume una *voz* caracterizada por la función que cumple en el discurso. De este modo se distinguen las siguientes *voces* en el discurso médico: La *voz Médica*, la *voz Educadora*, la *voz Empática*.

Los pacientes, a pesar de no recibir una instrucción discursiva de la *voces* a usar durante la consulta para obtener una mejor comunicación con el médico, también presentan determinadas *voces* que se asocian tanto a la institución médica como a la realidad social que viven los participantes (Cordella, 2001). Este artículo sólo abordará la contribución de los médicos.

A continuación se identifica la función de cada una de las *voces* de los médicos y se presentan ejemplos para la identificación de ellas.

La *voz Médica*

La función primordial del médico en esta *voz* es buscar información sobre la condición de salud del paciente. El tipo de preguntas que se utiliza determina y condiciona, por lo general, el tipo de respuesta que se obtiene. El análisis identifica los siguientes tipos de preguntas: ‘BIS uno’ (usada cuando se busca información sobre salud del paciente), ‘BIS en cadena’, ‘BIS selección múltiple’, ‘Reciclaje/repetición BIS’ y ‘BIS + resumen /resumen + BIS’.

Ejemplo 1.1 Consulta N° 3 (Doctora: Ana, Paciente: Carmen) Cinta 20B²

23 D: Ya y eso ¿desde cuándo que está con esa mo[lesta?]

24 P: [Desde] digamo- desde que

25 empecé ma- o meno- con esto

26 D: Ya

La ‘BIS uno’ que usa la médico –¿desde cuándo que está con esa molestia?– busca información acerca del período de tiempo en que la paciente ha sentido una molestia. Esto se identifica en el discurso por la preposición de tiempo *desde*. La paciente no responde con una expresión de tiempo, como por ejemplo ‘la semana pasada’ ‘hace dos semanas’, sino que sólo contesta *desde que empecé ... con esto* dejando la ambigüedad del tiempo. El médico, sin embargo, no busca precisión en el tiempo y entrega una respuesta mínima en línea 26: *ya*.

² Los símbolos de transcripción que se utilizan en este artículo provienen de Du Bois; algunas modificaciones se han llevado a cabo para acomodar el discurso en castellano (ver Cordella 2001).

Este estudio ha encontrado el uso de ‘BIS en cadena’, que, de acuerdo a West (1984: 82), puede reducir la posibilidad de que el paciente conteste a todas las preguntas que se le presentan centrando su atención en sólo una de las preguntas.

La sucesión de preguntas en cadena se presenta a continuación:

Ejemplo 1.2 Consulta N° 5 (Doctora: Ana, Paciente: Esteban) Cinta 13B

10 D: *¿Cuénteme, le han vuelto a dar esas crisis? ¿Se acuerda que tenía como crisis*

11 *de angustia? ¿Ahora son pequeños momentos de angustia?*

12 P: *Pequeños momentos de angustia sí.*

En este ejemplo las tres preguntas se refieren al episodio de angustia del paciente. En la línea 10 el médico pregunta si el episodio se ha repetido: *¿...le han vuelto a dar esas crisis?* La segunda pregunta revive la memoria del paciente: *se acuerda que tenía como crisis ...* La última pregunta se centra en la evaluación actual del caso clínico que está marcado en el discurso con el adverbio temporal *ahora*, que inicia la pregunta y que está en tiempo presente. El paciente usa las mismas palabras del médico *¿...pequeños momentos de angustia? Pequeños momentos de angustia sí.* Lo que confirma los estudios de West (1984) que manifiestan que la información que proporciona el paciente refleja parte de la información en cadena que el médico requiere de él/ella.

En los análisis ‘BIS de selección múltiple’ se distinguen dos partes del discurso que están unidas por la conjunción *o*.

En el ejemplo siguiente el médico le pregunta al paciente si el malestar aparece al despertarse o si se produce en asociación con las actividades que lleva a cabo durante el día.

Ejemplo 1.3 Consulta N° 12 (Doctor: Carlos, Paciente: Nicolás) Cinta 52B

211D: *Cuándo está ese uh ese malestar ¿ocurre toda- la- mañana- al despertar. O*

212 *Uste- me decía ¿cuándo se pone nervioso o cuándo tiene que hacer algo?*

213 P: *Cuando me levanto yo de la cama yo me levanto completamente perfecto.*

214 *cuando YA salgo fuera de la casa ahí:=*

En este ejemplo la selección múltiple se presenta en cadena. Cada alternativa se introduce con el interrogativo *cuándo*. La conjunción *o* y la forma elíptica verbal *ocurre* se repiten en la segunda y tercera oración. De tal modo que, (a) *ocurre ... al despertar* (b) *(ocurre) cuándo se pone nervioso* (c) *(ocurre) cuándo tiene que hacer algo*. La respuesta del paciente identifica la última oración i.e *cuando YA salgo fuera de la casa ahí:*

BIS Reciclaje

Ejemplo 1.4 Consulta N° 13 (Doctor: Carlos, Paciente: Olga) Cinta 46

479 D: ¿Uste- se nota que está más irritable de lo habitual, que explota con más
480 facilidad?

...

485 D: ¿Las cosas que antes le irritaban ahora también le irritan?

La oración comparativa *está más irritable de lo habitual* implica que el comportamiento del paciente puede haber cambiado de menos irritable a más irritable. La reformulación en la línea 485 se logra con la inclusión de los adverbios temporales *antes* y *ahora*, los cuales contrastan el patrón de irritabilidad del paciente en el pasado y en el presente. La reformulación puede servir para confirmar si el paciente ha dado una respuesta completa y acuciosa acerca de su condición de salud.

Por último, con vinculación del tipo de preguntas, el estudio identifica a ‘BIS + resumen’ y ‘resumen + BIS’ dependiendo si la pregunta o el resumen inicia el episodio.

Ejemplo 1.5 Consulta N° 15 (Doctor: Carlos, Paciente: Rosa) Cinta 14B

29 D: Vamo- a repasar un poco. Hoy día estamo- hace má- o meno- ocho meses,
30 tuvo un conflicto con un sobrino

...

35 D: Ya y eso la ha, la ha angustia-o ah: le ha quita-o el ánimo

36 [le ha quita-o gana de hacer cosa]

...

44 D: ¿Cuénteme qué medicamento está tomando?

Los resumen/BIS y BIS/resumen ayudan a ambos a recapitular la historia que se había iniciado en la última consulta médica, lo que cumple con el objetivo de revisar la historia médica, además de que ambos revisiten el evento médico.

La voz *Médica* además incluye dos tipos de estrategias discursivas que difieren de las preguntas. Existe la interpretación de los exámenes médicos que el paciente trae a la consulta y la evaluación del acatamiento de las recomendaciones médicas dadas en consultas previas. Además se destacan en la voz *Médica* estrategias discursivas que desempeñan la credibilidad médica (a) la credibilidad de sí mismo –a través del pronombre personal en primera persona singular–, (b) la credibilidad como parte de la institución –a través del pronombre personal en primera persona plural, (c) la credibilidad de otros médicos –a través del pronombre personal en tercera persona plural.

La voz *Educadora*

La voz *Educadora* está vinculada con el conocimiento médico que se ha adquirido durante la formación profesional, además de estar en consonancia con las reglas institucionales médicas donde la consulta se lleva a cabo. En esta voz se identifican dos tipos de explicaciones que se dan en la consulta:

1. Explicaciones médicas de hechos científicos y de la aflicción del paciente
 - (a) Explicaciones de los exámenes médicos
 - (b) Explicaciones de los exámenes a llevarse a cabo
 - (c) Explicaciones del funcionamiento del cuerpo humano
 - (d) Explicaciones de la aflicción del paciente
2. Explicaciones del tratamiento médico y la interacción con el paciente.

Explicaciones médicas de hechos científicos y la aflicción del paciente

Las explicaciones de hechos científicos (a, b, y c) ayudan al paciente a incorporar un conocimiento médico relativo a la condición de salud que lo aflige. De este modo el médico comparte su conocimiento en medicina con el paciente, haciéndole adquirir una competencia médica de la condición que aquel sufre.

El siguiente ejemplo nos muestra la voz *Educadora* en la sub-estrategia de ‘explicaciones de exámenes médicos’:

Ejemplo 1.6 Consulta N° 13 (Doctor: Carlos, Paciente: Olga) Cinta 46

- 63 D: En la radiografía se demuestran algunas cosas. Aquí a ver para verlo con
 64 un poco más de calma, a ver cómo explicarle. Aquí están los cuerpos
 65 vertebrales. ¿Ya ? Y aquí hacia lo- lados se ven un poco aumentado su
 66 espacio y ahí salen incluso así como a ver no se visualiza bien, pero hay
 67 un poquito un cachito que en la vista lateral imagínese aquí tenemos este
 68 es el corazón y aquí tenemos- todo- lo- cuerpo- vertebrales y aquí se ve un
 69 espacio entre un cuerpo vertebral y otro hay un espacio que aquí está
 70 [el disco vertebral]
 71 P: [Eso negro]
 72 D: Eso negro que no se ve nada ahí, pero hay un disco gelatinoso que
 73 mantiene el espacio que permite lo- movimientos
 74 si Uste- se fija en este otro espacio la parte anterior hay
 75 como una cosa más blanca y el espacio está más apretado
 76 P: Sí=

En esta transcripción se puede observar cómo emerge la voz *Educadora* en el discurso. En la línea 64 el episodio educativo inicia: *a ver cómo explicarle*, lo que marca la diferencia en el sistema de participación y el conocimiento entre ambos participantes. El médico le muestra al paciente la radiografía del tórax y al mismo tiempo le explica lo que se puede observar. El adverbio de *aquí* es seguido por el verbo *estar* + la parte del cuerpo *aquí están los cuerpos vertebrales*. Esto ayuda al paciente a localizar las vértebras en la radiografía. Del mismo modo la voz *Educadora* sirve para explicarle a Olga, la paciente, la condición de las vértebras. El médico dice: *aquí hacia lo- lados se ven un poco aumentado su espacio y ahí salen ... un poquito un cachito*. La incorporación de la palabra coloquial *cacho* usada en forma diminutiva *cachito*, puede interpretarse como (a) un conocimiento sociocultural del uso de los diminutivos en Chile y como (b) un esfuerzo por parte del médico de crear un lenguaje accesible al paciente, evitando de este modo las palabras técnicas que podrían limitar el entendimiento de la explicación que se está llevando a cabo. La voz *Educadora* también se encuentra en el uso de términos anatómicos: *aquí tenemos este es el corazón y aquí tenemos todo- lo- cuerpo- vertebrales* (67-68). El médico también atrae la atención y el interés de la paciente involucrándola en la explicación: *imagínese* (67), y *si usted se fija* (74).

Explicaciones del tratamiento médico y la interacción del paciente

Las explicaciones del tratamiento médico difieren de las explicaciones de hechos científicos. Esta divergencia se basa fundamentalmente en que el resultado de un examen médico es un hecho, una evaluación que indica un parámetro de salud; sin embargo, las explicaciones del tratamiento médico tienen la potencialidad de afectar el diario vivir del paciente.

Esto implica que el tratamiento que se ofrece tiene la potencialidad de crear una negociación con el paciente y por consiguiente el paciente puede aceptar o rechazar la factibilidad del tratamiento, creando así instancias de potencial contención en el discurso. El médico en tales circunstancias usa estrategias lingüísticas determinadas para que el paciente acate las recomendaciones médicas.

El estudio observa:

1. Marcadores de inevitabilidad
2. Marcadores condicionales de inevitabilidad
3. Agentes impersonales. Uso de 'uno'.

Los ‘marcadores de inevitabilidad’ y los ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’

Los ‘marcadores de inevitabilidad’ se expresan a través del discurso médico e indican que la recomendación médica debe acatarse. El sentido de obligatoriedad de este marcador lingüístico difiere de los ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ debido a que la fuerza y la imposición del acto están lingüísticamente expresadas (Brown y Levinson 1987) en los ‘marcadores de inevitabilidad’. Los ‘marcadores de inevitabilidad’ presentan las siguientes estructuras lingüísticas en los datos: la estructura del verbo *tener que/deber* + infinitivo (Salazar 1978) y *hay que* + infinitivo. Prieto-Castillo (1999) clasifica *hay que* como una estrategia discursiva que denota despersonalización en el acto. En otras palabras, el sujeto no se menciona explícitamente en el discurso. Prieto-Castillo señala:

[En] este recurso [lingüístico], cuyo paradigma está dado por... el empleo del verbo “haber”, llega a tener la fuerza que reconocemos a la universalización. En realidad, se trata de una suerte de universalización por la acción. Las expresiones se alzan también como leyes, como mandatos para cumplir... Cada una de esas afirmaciones aparece como si nadie la hubiera dicho, como un valor en sí mismo (1999: 114)

Los datos también presentan ejemplos de:

- (a) La estructura verbal *ir* en la 2^{nda} persona singular formal + *necesitar*,
- (b) La estructura verbal *ir* en la 2^{nda} persona singular formal + *requerir* y
- (c) La estructura verbal *ir* en la 2^{nda} persona singular formal + *a tener que*

Estas estructuras se clasifican como ‘marcadores de inevitabilidad’ debido a la ausencia de opción que se le presenta al paciente a través del uso del lenguaje. A continuación se presentan algunos ejemplos:

Ejemplo 1.7 Consulta N° 4 (Doctora: Ana, Paciente: David) Cinta 36Bi

254 D: Lamentablemente, como *por lo que me cuenta va a necesitar* más- dosi- o
 255 *agregar un poquito más- de medicamento de por ese lado ¿Ya ?*. Eh *en la*
 256 *cosa de la presión ... se exacerban con la tensión o sea hay que manejar*
 257 *la tensión*.

En esta transcripción notamos que la médico usa un ‘marcador de inevitabilidad’ en la línea 254 *va a necesitar* cuya obligatoriedad ha sido el resultado de haber escuchado *por lo que me cuenta* (línea 254) la evaluación del paciente sobre su condición de salud. El uso de *lamentablemente* muestra empatía hacia el paciente (la voz *Empática* se analizará más tarde en el texto).

El uso de *hay que* en las líneas 255-256 cumple el papel de educar al paciente sobre la correlación que existe entre la presión arterial elevada y el estrés. Esto se logra en la línea 256: *en la cosa de la presión ... se exacerban con la tensión*.

El siguiente ejemplo muestra un acto reiterativo por parte de la médico hacia la recomendación que le da al paciente.

Ejemplo 1.8 Consulta N° 4 (Doctora: Ana, Paciente: David) Cinta 36Bi

262 D: *Hay que atacar principalmente la cosa nerviosa es lo principal que hay*
263 *que manejar*

En esta oportunidad la médico vuelve a enfatizar la importancia de reducir el nivel de estrés repitiendo: *hay que* en la línea 262, acompañado de dos sinónimos del verbo *atacar* y *manejar*, además del adverbio *principalmente* y la oración sustantiva *lo principal*.

La repetición se lleva a cabo para reforzar y dar credibilidad médica al consejo que se le entrega al paciente.

Los médicos también usan ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ para expresar un consejo. Esto se lleva a cabo con el verbo *ser* en el tiempo potencial/condicional *sería*. En el siguiente ejemplo la paciente sufre de obesidad y su médico le recomienda cómo manejar el peso usando un ‘marcador condicional de inevitabilidad’ en línea 72.

Ejemplo 1.9 Consulta N° 8 (Doctora: Berta, Paciente: Hilda) Cinta 34A

72 D: *... lo ideal sería que ... Uste- se comprara una pesa, una buena pesa, una*
73 *buena balanza ...*
...
90 *lo ideal sería digamo- que anotara en un papelito*

Más tarde en el discurso la médico aconseja que la paciente compre una pesa: *lo ideal sería que ... Uste- se comprara una pesa*. El uso de un ‘marcador condicional de inevitabilidad’ se puede interpretar como el reconocimiento por parte de la médico del acto impositivo que se le pide a la paciente al incurrir en el gasto de una pesa.

El mismo razonamiento se puede utilizar cuando la médico le pide a la paciente que mantenga una nota del peso: *lo ideal sería digamo- que anotara en un papelito* (línea 90).

El uso en castellano de los ‘marcadores de inevitabilidad’ y los ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ sugiere que el médico puede modular la fuerza de la recomendación, limitando lingüísticamente la libertad del paciente con el uso de ‘marcadores de inevitabilidad’ y entregando mayor libertad de acción al paciente con el uso de ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’. Esta interpretación tiene vínculos con la teoría de la imagen positiva y la imagen negativa que originó de los estudios de Brown y Levinson 1987. La modulación discursiva en este estudio se asemeja a algunos estudios previos (Davis, 1988; Fisher, 1991; Fisher y Todd, 1993; van Dijk, 1995a, b, 1996, 1997a, b; Wodak, 1996, 1997, 1999) que señalan que las interacciones asimétricas permiten el uso de un variado número de alternativas discursivas en los actos persuasivos hacia aquellos individuos con menor jerarquía en el evento discursivo.

El análisis de los siguientes ejemplos permitirá entender la interacción que surge a nivel lingüístico entre los ‘marcadores de inevitabilidad’ y los ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ y la interacción interpersonal que se desarrolla entre el médico y el paciente.

La negociación interpersonal en la relación médico-paciente

Como se había señalado anteriormente, el evento discursivo del tratamiento y el manejo del tratamiento tienen la potencialidad de crear una negociación entre ambos individuos. El médico recomienda un tratamiento a seguir mostrando en este proceso su habilidad en el campo médico, además del cumplimiento de las reglas médicas occidentales e institucionales. El paciente puede percibir el tratamiento como un obstáculo que puede alterar su diario vivir, por lo tanto puede presentar resistencia a la recomendación del médico. La negociación discursiva es producto del interés que ambos participantes tienen en que las recomendaciones médicas se cumplan para favorecer la mejoría del paciente.

A continuación se analizarán algunos trozos de la consulta médica:

En los siguientes ejemplos (1.10-1.13) se nota la dificultad que la paciente tiene en acatar la terapia psicológica que la médico le recomienda para combatir la angustia y la ansiedad (102-103). La paciente muestra una faceta de su identidad social: *yo trabajo* (línea 105), y manifiesta el efecto que tendrían las sesiones de terapia en su diario vivir: *tengo que viajar ... me significa toda la mañana* (líneas 105-106). Estas observaciones se presentan como posibles obstáculos para el acatamiento de la recomendación médica.

Ejemplo 1.10 Consulta N° 3 (Doctora: Ana, Paciente: Carmen) Cinta 20B

101 D: ...A ver, bueno el ánimo está mejor aunque todavía claro,
 102 queda cosa. Yo, yo le hablé alguna ve- que sería bueno en alguna-
 103 ocasione- apoyo con en psicología o con psicoterapia
 104 P: Sí, sí lo que pasa doctora que yo: estoy dejando mi salud un poquitito de
 105 lado digamo- para lo- permiso- es decir como yo trabajo tengo que viajar es
 106 decir a a mí significa toda la mañana eh: acá, entonces- sí tengo que pedir,
 no sé
 107 ¿cuánto tiempo eh: cita a esto, si e- una ve- al me- una ve- a la semana o:?=
 108 D: =Es como generalmente es como una o cada una o cada do- semana- ah en
 109 general

Ejemplo 1.11 Consulta N° 3 (Doctora: Ana, Paciente: Carmen) Cinta 20B

110 P: Eh: yo ni siquiera me averigüé tengo en todo caso la hojita que Uste- me
 dio,
 111 pero: lo quiero conversar con mi jefe para, para no he podido conversar
 porque
 112 pasa en [reunione-]
 113 D: [Claro]

Ejemplo 1.12 Consulta N° 3 (Doctora: Ana, Paciente: Carmen) Cinta 20B

114 D: =Claro sería bien bueno porque por lo meno- la parte de la, de la
 115 angustia, de la ansieda- hay cosa- que lo- remedio- ayudan, pero también
 116 depende mucho como la persona enfrente la situación y en eso ayuda
 117 harto la psicoterapia=
 118 P: =Me imagino que sí

La paciente continúa el discurso en 111 expresando que necesita hablar con su jefe primero: *lo quiero conversar con mi jefe* (línea 111). Es posible observar que la decisión de la paciente en participar en sesiones de terapias, durante las horas de trabajo, está condicionada por la voluntad del jefe hacia la ausencia del trabajo que dichas terapias traería. Una vez más la médico usa ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ *sería bien bueno* en línea 114. En esta oportunidad la forma discursiva está enfatizada por el adverbio de modo *bien* y por *claro* que inician el discurso.

La médico también introduce la idea que la medicación no es la única forma para resolver el problema de la paciente. Esto se indica con la conjunción *pero* que une el medicamento con la psicoterapia mostrando así un tratamiento complementario en líneas 115-117: *hay cosa- que lo- remedio- ayudan, pero también depende mucho como la persona enfrente la situación y en eso ayuda harto la psicoterapia*. Sin embargo, la médico no hace referencia de las preocupaciones que la paciente presenta en sus obligaciones laborales.

Finalmente la paciente interviene inmediatamente después que la médico ha completado su turno y manifiesta entendimiento de la

propuesta de la médico: *me imagino que sí* en línea 118. La observación final de la médico se presenta a continuación.

Ejemplo 1.13 Consulta N° 3 (Doctora: Ana, Paciente: Carmen) Cinta 20B

- 119 D: *¿Ya? Así que yo creo que Uste- se ayudaría así es que la idea que*
 120 *cuando Uste- vea que se pueda hacer el hueco ojalá, lo pueda hacer ¿ya?*
 121 *Para Uste- sería bien beneficioso ¿ya?*

La oración *¿Ya? así que yo creo* marca la observación final en este episodio y la posición irrevocable de la médico en intentar que la paciente participe de las sesiones de terapia. El ‘marcador condicional de inevitabilidad’ *se ayudaría* y el adverbio de tiempo *cuando* indican que la médico ha tomado en consideración el problema de tiempo que la paciente le ha señalado previamente. El discurso continúa con *ojalá* y *para Uste- sería beneficioso* (línea 121) reforzando la idea del tratamiento que la médico le propone a la paciente.

A través de los ejemplos que se han mostrado (1.10-1.13) se descubre que la voz *Educadora* se usa para recomendar un tratamiento a seguir (en este caso la psicoterapia además de las medicinas correspondientes). Los ‘marcadores condicionales de inevitabilidad’ (i.e *sería bueno/beneficioso* en los ejemplos 1.10-1.13) se usan como formas discursivas de persuasión para lograr que el paciente acepte la recomendación médica. Esto se manifiesta con mayor claridad en los ejemplos 1.12 y 1.13 cuando la médico modifica el uso del discurso indicando así su cambio de posición (footing siguiendo la definición de Goffman). El ‘marcador condicional de inevitabilidad’ (*sería bueno*) en la línea 114 se transforma al aparecer el pronombre personal de primera persona singular *yo* (línea 119). En el proceso de transformación discursiva la médico lleva a cabo el acto mostrando credibilidad y autoridad médica en el tratamiento que ella prescribe.

La voz *Educadora* es de gran importancia en la consulta médica porque es durante esta voz que el paciente adquiere un conocimiento relevante a su condición médica y tiene la posibilidad de negociar el tratamiento a seguir aumentando así el acatamiento al tratamiento que se le ofrece (Gopinath *et al.*, 2000; Lieberman, 1996; Roter, *et al.*, 1987; Stearns y Ross, 1993; Williams *et al.*, 1998).

Los siguientes ejemplos muestran cómo la voz *Educadora* se puede utilizar como un medio por el cual se adquiere conocimiento médico, además de una forma de influir en el proceso de decisión del tratamiento más viable.

En el siguiente caso la paciente sufre de un dolor en el brazo y ha consultado un quinesiólogo quien le ha recomendado una operación. En este episodio la paciente, Olga, consulta a su médico fami-

liar y le expresa su temor hacia la operación. El médico educa a la paciente dándole a conocer los efectos físicos que le conllevarían el rechazar la operación.

Ejemplo 1.14 Consulta N° 13 (Doctor: Carlos, Paciente: Olga) Cinta 46

- 136 P: ... *si uno, y si uno no se opera ¿qué pasa?*
 137 D: *siente las molestias que Uste- percibe eso [podría ir empeorando]*
 138 P: *[Por eso si no me opero] estar más relajada*
 139 D: *No, no, no*
 140 P: *Me gusta jardinear por ejemplo*
 141 D: *Pero Uste- va a notar las limitaciones Uste- debe ir aceptando sus*
 142 *limitaciones en el fondo si se opera lo más probable que ocurra es que*
 143 *eso vaya a recuperarse en forma óptima y Uste- va a poder hacer su vida*
 144 *completamente normal=*
 145 P: *=Ya=*
 146 D: *=Si no se opera debe aceptar un poco esas limitaciones que frente a*
 147 *movimientos manuales, siente limitaciones siente adormecimiento,*
 148 *dolore- nocturno- que a veces se despierta por esas molestias y hay*
 149 *alguno- tratamiento médico que pueden tratar de combatir eso=*
 150 P: *=Ya=*
 151 D: *=Pero no son tan espectaculares como lo de la cirugía, la cirugía*
 152 *le han explicado que es algo rápido=*

La paciente inicia el episodio manifestando temor hacia la operación: *si uno, y si uno no se opera ¿qué pasa?* (línea 136). Olga teme que el dolor vaya a interferir con las actividades diarias *me gusta jardinear por ejemplo* en la línea 140. Esta oración debe interpretarse como una pregunta que intenta indagar las limitaciones físicas que le provocaría la operación. En las líneas 138 y 139 ambos participantes entienden e interpretan la condición de salud del paciente en una forma diferente. Siguiendo la descripción de los eventos que presentan anomalías en una institución (Wodak 1996: 2) este ejemplo representa lo que Wodak llama ‘frame conflict’ (un conflicto de esquemas cognitivos). La paciente atribuye el problema del brazo al estrés *si no me opero estar más relajada* en línea 138. El médico no coincide con la paciente (línea 140), habiendo indicado previamente en el discurso que el problema de la paciente se debe a una condición hereditaria en la formación de los huesos. El médico apoya la idea de la operación a través del uso de la voz *Educadora*. Educación y persuasión se entremezclan en el discurso para conseguir que la paciente acepte la decisión médica. Esto se lleva a cabo lingüísticamente con el uso de ‘marcadores de inevitabilidad’ y con el empleo de la cláusula del si en: *si no se opera debe aceptar ... limitaciones*. Los marcadores discursivos indican la fuerza en la recomendación de operarse a menos que la paciente quiera sufrir limi-

taciones físicas. Los aspectos favorables de la operación también se manifiestan cuando el médico menciona que la condición podría empeorar en caso de que la operación se rechazara: *podría ir empeorando* (línea 137). En este caso el médico usa ‘*podría* (potencial/conditional) + *ir* (infinitivo) + gerundio’, lo cual implica un deterioro progresivo del brazo de la paciente en el caso de que ella rechace la operación.

El médico maximiza el éxito de la operación mostrándola como un procedimiento rápido *lo más probable es que vaya a recuperarse en forma óptima* (líneas 142-143), y: *la cirugía le han explicado es algo rápido* (línea 152). Todas estas oraciones pueden resultar atractivas para una paciente que teme no llevar a cabo efectivamente las actividades diarias. El médico no deja duda sobre los resultados de la operación: *Uste- va a poder hacer su vida completamente normal* en líneas 143-144. El adverbio de modo *completamente* le asegura a la paciente el resultado favorable de la operación. La voz *Educadora* se usa en este ejemplo para que la paciente acate la opinión del médico y se opere.

La voz *Empática*

La última voz que se discutirá en este estudio es la voz *Empática*. Los resultados de este estudio muestran que durante la interacción médico-paciente el médico puede usar una voz que difiere de la voz *Médica* y de la voz *Educadora*. Tal discurso no se concentra en la búsqueda de la información relevante para entregar un diagnóstico (la voz *Médica*) ni se focaliza en educar al paciente acerca de su condición de salud (la voz *Educadora*), el foco central de la voz *Empática* es mostrar empatía hacia el paciente ayudándole a expresar sus pensamientos y sentimientos con la ayuda de ‘marcadores afiliativos discursivos’.

La voz *Empática* reconoce la identidad social del paciente y los múltiples roles y obligaciones que las personas cumplen en su diario vivir. Ante la voz *Empática* el individuo que consulta no es sólo un paciente (un individuo que posee ciertas deficiencias de salud), sino que ante todo es una persona (un individuo con vínculos socio-culturales) que sufre una condición de salud que lo clasifica (se espera temporalmente) como paciente.

El reconocimiento de la importancia del medio ambiente donde la persona desarrolla las actividades diarias (casa, trabajo) y los problemas que pueden surgir en estos contextos (violencia domésti-

ca, acosos laborales, etc.) han llevado a incorporar una visión holística hacia la salud del paciente. La *voz Empática* ayuda a explorar cómo el médico incentiva al paciente a hablar de él/ella misma, y la forma en que el médico muestra afiliación, interés y empatía en la descripción de los eventos que el paciente narra en la consulta. En breve, es necesario indagar aquellos aspectos del discurso médico que son menos asimétricos de aquellos representados por la *voz Médica* y la *voz Educadora*.

En este estudio se encontró que la empatía se podía lograr fundamentalmente con cinco funciones discursivas:

- (a) Ayudar al paciente en la narración de su propia historia
- (b) Cooperar con el paciente en la interacción
- (c) Crear empatía con el paciente
- (d) Mostrar atención al desarrollo del discurso del paciente, y
- (e) Hacer preguntas no directamente (al menos en superficie) vinculadas con la condición de salud.

Todas estas funciones discursivas se llevan a cabo siguiendo formas lingüísticas determinadas.

Ayudar al paciente en la narración de su historia

Los datos indican tres ‘marcadores de continuidad discursiva’ (MCD) que favorecen la elaboración de la narrativa del paciente. Las reglas del análisis de la conversación (Jefferson, 1979; Sacks *et al.*, 1974; Jefferson *et al.*, 1977) señalan que un MCD forma parte de una secuencia discursiva en la cual la iniciación está marcada por el médico y la segunda parte por el paciente.

La función de un MCD es invitar al paciente a participar en el discurso, de tal modo que el paciente puede aceptar o rechazar la invitación (Cordella, 2001: 146).

Los datos señalan que sólo 3 de 261 oportunidades para tomar el turno fueron rechazadas por los pacientes, consiguiendo así que los médicos tomaran el turno nuevamente.

Este estudio identifica: *Ya*, *Mm* y *Mm/Uhm ya* como MCD. Los médicos emplean estos marcadores de continuidad discursiva para incentivar a los pacientes a narrar lo acontecido y a elaborar un punto narrativo en particular. El significado de los MCD es contextual. Se observa que puede interpretarse como: entiendo y/o estoy escuchando. En el siguiente ejemplo el médico usa *ya* para incentivar al paciente a relatar su historia y por lo tanto a entender lo que se relata.

Ejemplo 1.15 Consulta N° 6 (Doctora: Ana, Paciente: Flavio) Cinta 36 A

- 93 P: *El Flu- es la verda- que la última: semana parece que tomé una ve- o sea no me*
- 94 *acordaba si ¿tenía que tomar lo- de la caja?*
- 95 D: *El flu- el Fluxo me dice ¿Uste- ?*
- 96 P: *Sí*
- 97 D: *Ya*
- 98 P: *Ya así do- o tre- día- que no no lo- he toma-o*
- 99 D: *Ya*
- 100 P: *Pero: Eh: la verda- que durante el tiempo que me lo tomé=*

El uso de *ya* (en las líneas 97 y 99) se puede interpretar como: ‘entiendo lo que me está diciendo’ o ‘estoy escuchando lo que me dice’ o una combinación de ambos.

El uso de *ya* no parece afectar la contribución del paciente, lo que sugiere que se reconoce socialmente como un ‘intento comunicativo’ (Gumperz 1982b) que sirve como un facilitador comunicativo para que el paciente elabore las ideas o se explye en una idea de interés para el médico.

La frecuencia del uso de los MCD depende del médico, del paciente y de la interacción que se crea entre ellos. En aquellos casos que el uso de los MCD fue mínimo, la contribución del paciente también se vio afectada, aunque es de interés mencionar que el paciente también tiene a su disposición usar la voz *Iniciadora* (Cordella, 2001).

El uso de los MCD ayuda a que el paciente use turnos extendidos, contradiciendo la idea de que la consulta médica tiene el formato de una entrevista que consta de preguntas y respuestas.

Cooperar con el paciente en la interacción

El objetivo central de la voz *Empática* es mostrar afiliación con el discurso del paciente contribuyendo así al desarrollo discursivo del paciente. El aspecto cooperativo de la voz *Empática* se logra cuando ambos contribuyen a la misma proposición lingüística (Falk, 1980; Lerner, 1991, y Schegloff, 1984 entre otros).

Las proposiciones lingüísticas que se construyen entre dos o más individuos difieren de las interrupciones debidas a la carencia de interés en tomar el turno en la conversación.

Los ejemplos que se encontraron de las ‘proposiciones lingüísticas en conjunto’ coinciden con los de Ferrara quien señala que el

resultado de una oración es la contribución independiente de dos individuos que construyen un discurso unificado (1992: 219). Los estudios de Tannen (1983) y Cordella (1996) coinciden con esta idea al observar que existen oraciones cooperativas que se superponen entre ellas para crear un acto de camaradería y afiliación entre ambos participantes (Coates, 1996, 1998; Schiffrrin, 1984). Los datos analizan las ‘proposiciones lingüísticas en conjunto’ usando la clasificación de Ferrara (1992):

- (a) Expansión de la oración
- (b) Finalización predecible de la oración
- (c) Ayuda para la finalización de la oración
- (d) Invitación a la finalización de la oración

La mayoría de los ejemplos que se encontraron en este estudio (16/24) pertenecen a la categoría ‘expansión de la oración’. Un ejemplo se presenta a continuación:

Ejemplo 1.16 Consulta N° 14 (Doctor: Carlos, Paciente: Paola) Cinta 39Ai

101 D: *¿No puede respirar profundo?*

102 P: *No siempre. Ahora sí=*

103 D: *=Ya=*

104 P: *=Pero no constante de repente yo me trato de observar como es mi respiración=*

106 D: *=Ya=*

107 P: *=Y no siempre llego*

108 D: *Hasta el fondo*

109 P: *Entonces pienso ...*

Se puede observar que ambos participantes contribuyen en el discurso y construyen juntos una unidad discursiva. La cooperación discursiva inicia luego que el paciente en línea 107 dice: *y no siempre llego*. El médico usa una ‘expansión de la oración’ para completar el discurso en línea 107: *hasta el fondo*, la cual es elaborada por el paciente en la línea 109: *entonces pienso ...*

Finalización predecible de la oración

Ferrara (1992) describe la ‘finalización predecible de la oración’ cuando el hablante entrega indicios del término de la oración antes de haber finalizado (Ferrara, 1992: 219).

Ejemplo 1.17 Consulta N° 4 (Doctora: Ana, Paciente: David) Cinta 36Bi

- 115 D: *¿Cuénteme Uste- tomaba me dijo que tomaba ante el A[XX] y el Propasepán Uste-*
 116 *había tomado por año- había estado toma[ndo?]*
 117 P: *[No] no, lo que pasa es lo siguiente: en este*
 118 *año donde yo trabajo se produjo un problema muy grave=*
 119 D: *=Ya/*
 120 P: *Y dentro de ese problema me repercutió a mí=*
 121 D: *=Ya=*
 122 P: *=Y eso me alteró, digamo-, el esquema: el sistema nervioso entonce- eso nervioso*
 123 *do- día- no dormía en la noche entonce- tuve que[::]*
 124 D: ***[Volver a tomar]=***
 125 P: *=Claro yo no había toma-o: como en 20 año- yo no había toma-o: cosa- de ese tipo:=*

En la línea 124 la ‘finalización predecible de la oración’ *volver a tomar* indica que la médico presta atención al discurso del paciente y contribuye a la finalización de la oración. La elongación de la vocal en la última palabra del paciente (*que::*) sugiere que hay entre ambos participantes una influencia mutua del patrón de ritmo de la conversación (Ferrara, 1992: 220; ver Scollon, 1982; Tannen, 1989).

Ayuda para la finalización de la oración

Se define ‘ayuda para la finalización de la oración’ como una ayuda mínima que el oyente brinda al hablante al percibir dificultades en acceder a un término lexical (1992: 220).

Ejemplo 1.18 Consulta N° 14 (Doctor: Carlos, Paciente: Paola) Cinta 39Ai

- 62 P: *=Yo, no soy muy tranquila que digamo- entonces en mi trabajo=*
 63 D: *=Ya=*
 64 P: *=De repente me altero y yo sentía como que esta- parte- de acá como que estaban*
 65 *así como:*
 66 D: *¿apretadas?*
 67 P: *Sí, como apretada- ...*

El médico detecta que la paciente tiene dificultades en encontrar la palabra adecuada que describa la tensión muscular que experimenta. En el discurso se observa en la línea 65 ... *así como:* indicativo de una dificultad temporal en encontrar la palabra. Ferrara (1992) señala que una vez que el oyente identifica la dificultad éste contribuye con la palabra que se busca sin agregar información adicional (Ferrara,

1992: 221). Se puede notar que la contribución del médico en línea 66 *¿apretadas?* no interrumpe el discurso de la paciente, sino que contribuye a que el discurso fluya mejor.

La función de crear empatía con la paciente presenta dos aspectos discursivos de interés. En primer lugar se observa que el médico usa marcadores discursivos que coinciden con lo que ha expresado la paciente. En esta categoría se encuentran los ‘marcadores pragmáticos de apoyos discursivos’ (Pons y Samaniego, 1998), por ejemplo *claro*, que se clasifica como ‘apoyador de opinión’ (Pons y Samaniego, 1998).

Se identifican y clasifican en este estudio: *exacto* y *sí* como ‘apoyadores de opinión’ siguiendo el estudio de Pons y Samaniego (1998). Se observa que el significado de los ‘apoyadores de opinión’ es contextual e interaccional, su producción puede implicar: entendimiento y/o consentimiento.

Reciprocidad emocional

El hecho de mostrar una reciprocidad emocional denota un sentido de afiliación hacia el recipiente.

Ejemplo 1.19 Consulta N° 5 (Doctora: Ana, Paciente: Esteban) Cinta 13B

- 7 P: ... La verda- que me tardé un poco en venir porque, bueno
 8 ah: tocó pa' empezar se me: complicó la salu- de mi señora=
 9 =Ah /ya\
 10 P Y después- tuve una tía de 82 año- que le dio como trombosi-=
 11 D: =[Ah:/ ya\
 12 P: [Justo ese] día del dieciocho=
 13 D: =Claro, sí, pero [la tuvieron ahí]
 14 P: [Así que la tuvimo-] que llevar pa' la casa después-, estuvo como
 15 quince día- con nosotros- en la casa
 16 D: Ya... ¡chu:ta !

El uso de la expresión coloquial *¡ya chuta!* indica la afiliación emocional de la médico hacia los eventos de salud que la esposa y la tía del paciente han tenido. El uso de coloquialismos sugiere que la médico se distancia de las normas institucionales que restringen el uso de los coloquialismos en el discurso médico e incorpora temporalmente un lenguaje informal de uso diario para mostrar empatía.

La voz *Empática* tiene dos funciones adicionales que ayudan a reflejar el interés que el médico tiene hacia la persona que sufre una condición de salud. Una de ellas, ‘Mostrar atención al desarrollo del discurso del paciente’, consiste en usar las palabras exactas que el paciente ha usado en el turno anterior, y confirmar lo que se ha dicho

anteriormente en el discurso. La otra función, ‘Hacer preguntas no directamente vinculadas con la condición de salud’, cumple un papel discursivo de gran interés. Las preguntas no están directamente relacionadas con la salud del paciente; sin embargo, siguiendo un enfoque holístico en la consulta médica esas preguntas constituyen una información primordial para dar un diagnóstico más acertado y completo.

Hacer preguntas no directamente vinculadas con la condición de salud

Los datos muestran ejemplos que las preguntas del médico no están puramente relacionadas con la condición de salud anómala del paciente, sino que se centran en su estilo de vida, la familia, los amigos y las actividades de trabajo y sociales.

En el siguiente ejemplo la paciente introduce en el discurso los problemas que ella vive en casa. El médico, continuando con el tema iniciado por la paciente, hace dos preguntas que no se asocian directamente, al menos en apariencia, con la condición de salud (la paciente sufre de dolores de estómago y problemas del corazón), ayudando así a que la paciente se exprese.

Ejemplo 1.20 Consulta N° 21 (Doctor: Daniel, Paciente: Yolanda) Cinta 29Ai

- 77 D: *¿Y su marido porque sufre tantos cambio- de ánimo ? Ante- no tenía eso?*
 78 P: *No:: es que Pedro tuvo un, un mucho ¿cómo lo llama Uste-? es trom- son no, no*
 79 *trombosis esa grande NO, la chica*
 80 D: *Ya, [sí]*
 81 P: *[Vario] a raíz de eso estuvo hospitaliza-o en el, en la Católica hace tres año-*
 82 *((Carraspera)), va a venir a verlo ah porque él mismo me pidió que quería, que*
 83 *quería ver médico, entonces le había pedido así al lote no má- , le dije no*
porque no
 84 *pides hora con el doctor Ponce [le dije y así]*
 85 D: *[¿Y el también] de esto fuera de estos cambio*
 86 *de ánimo eh tiene buena expresión está bien orienta-o no se pierde ni na-a?*
 87 P: *No no no eso no=*
 88 D: *=Ya=*

El médico muestra afiliación e interés en la historia que la paciente narra: *¿y su marido por qué sufre tantos cambio- de ánimo? ¿ante- no tenía eso?* Y nuevamente en las líneas 85-86 cuando el médico le permite a la paciente expresarse sobre la condición de salud del marido y los cambios anímicos que sufre: *...fuera de estos cambio de ánimo eh tiene buena expresión está bien orienta-o no se pierde ni na-a?* En este proceso las preguntas muestran interés en la paciente como persona, pero además la contribución de la

paciente puede ayudar al médico a dar un diagnóstico más completo de la condición de salud de la misma.

Frecuencia de la voz *Empática* e interpretación de esta voz

Los médicos usaron formas discursivas asociadas a la voz *Empática* durante la consulta médica. En este proceso emplearon: ‘marcadores de continuidad discursiva’ (MCD), ‘proposiciones lingüísticas en conjunto’, ‘formas de consentimiento’, ‘formas de confirmación’ y preguntas no estrictamente asociadas con la salud del paciente. Un total de 21 consultas de 22 presentaron ejemplos de la voz *Empática*.

El uso de la voz *Empática* revela un aspecto fundamental en la consulta médica al dar atención a la persona que sufre de una anomalía de salud.

La deconstrucción del discurso médico ha presentado tres voces distintas que interactúan en el discurso que se desarrolla en la consulta médica. Cada voz presenta características definidas, produciendo una consulta dinámica donde no sólo el cuerpo o la condición de salud del paciente se toman en consideración, sino que también la identidad social de aquellos que consultan al médico.

Los médicos utilizan voces que están vinculadas con la institución médica y con la educación que han recibido durante los años de estudio de medicina (*la voz Médica* y *la voz Educadora*). Se nota además en la consulta un discurso que se adhiere a las normas socioculturales del médico y que pueden diferir de las normas del paciente.

Las consultas médicas muestran también un discurso que permite la elaboración del discurso del paciente incentivándolo a la producción narrativa (*voz Empática*). Esto permite que el paciente exprese sus ideas, participe en el discurso médico y sea un individuo potencialmente activo en el desarrollo del discurso.

CONCLUSIÓN

En conclusión, se puede observar que el uso de las tres voces en la consulta médica produce un evento donde se logra (a) comprender la anomalía que aqueja al paciente, (b) educar al paciente respecto de su estado de salud y (c) mostrar solidaridad con el desarrollo narrativo que el paciente trae a la consulta. La mayor frecuencia en el uso de las voces se manifiesta en: la voz *Médica* 22/22 consultas y la voz *Empática* 21/22. La voz *Educadora*, sin embargo, se presenta solamente en 15/22 consultas. Una posible explicación de este hecho

radica en el temor que algunos médicos puedan tener de entregar conocimiento médico al paciente, quien luego podría utilizarlo para diagnosticar y/o prescribir erróneamente a familiares y amigos. Esta opinión se ve claramente expresada en uno de los ejemplos:

Ejemplo 1.21 Consulta N° 13 (Doctor: Carlos, Paciente: Olga) Cinta 46A

- 221 *Aquí en Chile lamentablemente somo- todo- potenciele- médico- y*
 222 *todo- damo- consejo- Mire la vecina se tomó esta pastillita, tiene lo mismo*
 223 *tuyo. De ahí partimo- con un error ¿Tendrá lo mismo? Pero esta pastillita*
 224 *le hizo bien pero a lo mejor esta otra persona no tenía lo mismo y esa*
 225 *pastillita además le hace daño, pero todo el mundo está recetando así hay que*
 226 *tener cuidado un poco en ese sentido ...*

Otra posible explicación se vincula con la pérdida de autoridad médica y estatus profesional (Cicourel, 1999; Cordella, 2001; Helman, 1994) que podrían verse comprometidas cuando el paciente adquiere conocimiento relativo a su condición de salud. A través de los datos se puede observar que la educación que el paciente ha adquirido en las consultas médicas sólo puede BENEFICIAR la interacción entre el médico y el paciente. Esto se observa en la negociación que se puede producir durante el tratamiento y que podría maximizar la posibilidad de que el paciente coopere en el tratamiento y pueda curarse.

Si el temor restringe el uso de esta *voz*, la solución no radica en su limitación o eliminación del discurso médico, sino en una educación más profunda donde el paciente entienda su condición médica y comprenda las complejas dificultades de diagnosis y tratamiento.

La *voz Educadora* tiende a crear un paciente más competente respecto de su condición médica, y quien debería ser capaz de cuidarse más efectivamente y de informar a su médico más acuciosamente acerca de los cambios de salud que pueda estar experimentando. La descripción acuciosa que el paciente hará de su enfermedad, seleccionando debidamente los puntos necesarios, contribuirá tanto a la producción de un diagnóstico más preciso y a un mejor entendimiento de la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- AINSWORTH-VAUGHN, N. (1994). Negotiating genre and power: Questions in medical discourse. In: B. L. Gunnarsson, P. Linell, and B. Nordstrom (eds.), *Text and talk in professional contexts*. Uppsala, Sweden: Association Suédoise de Linguistique Appliquée, 149-66.
- . (1998). *Claiming power in doctor-patient talk*. Oxford: Oxford University Press.

- BROWN, P. y LEVINSON, S. (1987). *Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BULLER, M. K. y BULLER, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health Social Behaviour* 28: 375-388.
- BURGOON, M.; BIRK, T. y HALL, J. (1991). Compliance and satisfaction with physician-patient communication. An expectancy theory interpretation of gender differences. *Human Communication Research* 18 (2): 177-208.
- BYRNE, P. y LONG, B. (1976). *Doctors talking to patients*. London: HMSO.
- CHARON, R.; GREENE, M. G. y ADELMAN, R. D. (1994). Multidimensional interaction analysis. A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine* 39 (7): 955-965.
- CICOUREL, A. V. (1975). Discourse and text: Cognitive and linguistic processes in studies of social structure. *Versus Quaderni di Studi Semiotici* 12: 33-84.
- . (1981). Notes on the integration of micro and macro levels of analysis. In: K. D. Knorr-Cetina y A. V. Cicourel (eds.), *Advances in social theory and methodology: Toward an integration of micro and macro sociologies*. Boston: Routledge y Kegan Paul.
- . (1995). Medical speech events as resources for inferring differences in expert-novice diagnostic reasoning. In: Uta M. Quasthoff (ed.), *Aspects of oral communication*. Berlin: Walter de Gruyter, 364-387.
- COATES, J. (1996). *Women talk. Conversation between women friends*. Oxford: Blackwell.
- CORDELLA, M. (2001). *The Dynamic consultation: A discourse-analytical study of doctor patient communication in Chilean Spanish*. PhD thesis in Linguistics. Australia, Victoria: Monash University.
- . (1996). Confrontational style in Spanish arguments: Pragmatics outlook. *Language, Culture and Curriculum* 9 (2): 148-162.
- COULTHARD, M. y ASHBY, M. (1975). Talking with the doctor, 1. *Journal of Communication* 25 (3): 140-145.
- . (1976). A linguistic description of doctor-patient interviews. In: M. Wadsworth y D. Robinson (eds.), *Studies in everyday medical life*. London: Martin Robertson, 69-88.
- COUPLAND, J.; ROBINSON, J. y COUPLAND, N. (1994). Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations. *Discourse and Society* 5 (1): 89-124.
- DAVIS, K. (1988). *Power under the microscope*. Holland: Foris.
- DU BOIS, J. (1991). Transcription design principles for spoken discourse research. *Pragmatics* 1 (1): 71-106.
- FALK, J. (1980). The conversational duet. *Berkeley Linguistics Society* 1980. Berkeley: University of California, 507-514.
- FAIRCLOUGH, N. y WODAK, R. (1997). Critical discourse analysis. In: T. A. van Dijk (ed.), *Discourse as social interaction*. London: Sage, 258-284.
- FERRARA, K. (1992). The interactive achievement of a sentence: Joint productions in therapeutic discourse. *Discourse Processes* 15: 207-228.
- FISHER, S. (1991). A discourse of the social: Medical talk/power talk/oppositional talk? *Discourse and Society* 2 (2): 157-182.
- . (1993). Doctor talk/patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. In: A. D. Todd y S. Fisher (eds.), *The*

- social organization of doctor-patient communication*. Norwood, N. J.: Ablex, 161-182.
- . (1995). *Nursing wounds: Nurse practitioners, doctors, women patients and the negotiation of meaning*. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press.
- y TODD A. D. (1986). Friendly persuasion: Negotiating decisions to use oral contraceptives. In: S. Fisher y A. D. Todd (eds.), *Discourse and institutional authority: Medicine, education and law*. Norwood, N. J.: Ablex, 3-25.
- y GROCE, S. (1990). Accounting practices in medical interviews. *Language in Society* 19: 225-250.
- GERBER, K. (1986). Compliance in the chronically ill: An introduction to the problem. In: K. Gerber y A. Nehemkis (eds.), *Compliance: The dilemma of chronically ill*. New York: Springer 13-23.
- GIDDENS, A. (1976). *New rules of sociological method. A positive critique of interpretative sociologies*. London: Hutchinson.
- . (1977). *Studies in social and political theory*. London: Hutchinson.
- . (1979). *Central problems in social theory*. London: MacMillan.
- . (1981). *A contemporary critique of historical materialism*. London: MacMillan.
- . (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- . (1987). *Social theory of modern sociology*. Stanford: University Press.
- GOFFMAN, E. (1963). *Behavior in public places. Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.
- . (1967). *Interactional ritual essays on face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books.
- . (1981). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- . (1983). The interaction order. *American Sociological Review* 48: 1-17.
- GOPINATH, B.; RADHAKRISHNAN, K.; SARMA, P. S.; JAYACHANDRAN, D., y ALEXANDER, A. (2000). A questionnaire survey about doctor-patient communication: Compliance and locus of control among South Indian people with epilepsy. *Epilepsy Research* 39: (1) 73-82.
- GUMPERZ, J. (1982a). *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (ed.). (1982b). *Language, social identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- . (1999). On interactional sociolinguistic method. In: S. Sarangi y C. Roberts (eds.), *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter, 453-471.
- HEIN, N. y WODAK, R. (1987). Medical interviews in internal medicine. Some results of an empirical investigations. *Text* 7: 37-66.
- JEFFERSON, G. (1979). A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance declination. In: G. Psathas (ed.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology*. New York: Irvington, 79-96.
- , SACKS, H. y SCHEGLOFF, E. (1977). *Preliminary notes on the sequential organization of laughter*. Department of Linguistics Cambridge: Cambridge University.
- KESS, J. (1984). Medical interviews and doctor-patient discourse. Review article. *Semiotica* 68 (1, 2): 165-173.

- KORSCH, B. M.; GOZZI, E. K. y FRANCIS, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 42: 855-871.
- LABOV, W. y FANSHEL, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- LERNER, G. (1991). On the syntax of sentences-in-progress. *Language in Society* 20: 441-458.
- LIEBERMAN, J. A. (1996). Compliance issues in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* 57 (7): 76-85.
- PAUWELS, A. (1995). *Cross-cultural communication in health science: Communicating with migrant patients*. Australia: MacMillan.
- POMERANTZ, A. (1992). Pursuing a response. In: P. Drew y J. Heritage (eds.), *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 152-163.
- PONS, H. y SAMANIEGO, J. L. (1998). Marcadores pragmáticos de apoyo discursivo en el habla culta de Santiago de Chile. *Onomazein: Revista de Lingüística, Filología y Traducción del Instituto de Letras de la Pontificia Universidad Católica de Chile* 3: 11-25.
- PRIETO-CASTILLO, D. (1999). *El juego discursivo. Manual de análisis de estrategias discursivas*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- ROTER, D.; HALL, J. y KATZ, N. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care* 25 (5): 437-451.
- ROZHOLDOVA, N. (1999). No questions, please we are doctors. *ESP Spectrum*. 17, (Spring): 11-16.
- SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. y JEFFERSON, G. (1974). A simplest systematics for the organisation of turn-talking for conversation. *Language* 50 (4): 696-735.
- SALAZAR, S. L. (1978). *Avanzando: Gramática española y lectura*. New York: John Wiley.
- SCHEGLOFF, E. (1984). On some questions and ambiguities in conversation. In: M. Atkinson y J. Heritage (eds.), *Structures of social action: Studies in conversational analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 28-52.
- SCHIFFRIN, D. (1984). Jewish argument as sociability. *Language in Society* 13: 311-335.
- SCOLLON, R. (1982). The rhythmic integration of ordinary talk. In: D. Tannen (ed.), *Analyzing discourse: Text and talk*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 335-349.
- SEJO, R.; GÓMEZ, H. y FREIDENBERG, J. (1991). Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 13 (4): 363-376.
- STEARNS, N. y ROSS, D. M. (1993). Changing patterns of doctor-patient communication: The patient perspective. *Quality Life Research* 2 (1, February): 50-50.
- TANNEN, D. (1983). "I take out the rock-Dok!": How Greek women tell about being molested (and create involvement). *Anthropological Linguistics* 25: 359-374.

- . (1989). *Talking voices: Repetition, dialogue, and imagery in conversational discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- THOMPSON, C. y PLEDGER, L. (1993). Doctor-patient communication: Is patient knowledge of medical terminology improving? *Health Communication* 5 (2): 89-97.
- VAN DIJK, T. A. (1995a). *Prensa, racismo y poder*. Cuadernos del posgrado en comunicación. México: Universidad Iberoamericana.
- . (1995b). Discourse semantics and ideology. *Discourse and Society* 5 (2): 243-289.
- (ed.). (1997a). *Discourse as structure and process. Discourse studies: A multidisciplinary introduction*, Volume 1. London: Sage.
- (ed.). (1997b). *Discourse as social interaction. Discourse studies: A multidisciplinary introduction*, Volume 2. London: Sage.
- WEST, C. (1984). *Routines complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- . (1990). Not just 'doctors' orders': Directives-response sequences in patients' visits to women and men physicians. *Discourse and Society* 1 (1): 85-112.
- WILLIAMS, S.; WEINMAN, J. y DALE, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Family Practice*. 15 (5, October): 480-492.
- WODAK, R. (ed.) (1989). *Language, power and ideology: Studies in political discourse*. Amsterdam: John Benjamins.
- . (1996). *Disorders of discourse*. London: Longman.
- . (1997). 'Introduction: Some important issues in the study of gender and discourse'. In: R. Wodak (ed.), *Gender and Discourse*. London: Sage, 1-20.
- . (1999). Discourse and racism: European perspectives. *Annual Review of Anthropology* 28: 175-199.